



DOSSIER D'INSCRIPTION 2025 - 2026

SEJOURS SPORTIFS ADAPTES

Pour toutes les personnes qui ont déjà participé à un séjour sport adapté avec le CDSA de Vendée en 2024 et 2025, le dossier n'est pas à refaire en entier. Les dossiers ont été conservés, merci d'indiquer uniquement dans un mail ou par téléphone les éléments qui ont changé, pour les pages de 1 à 5. Merci de remplir de nouveau la page 6 et de fournir uniquement les documents qui ont changé (page 7).

PARTICIPANT :

NOM-Prénom :
Date de naissance :
Sexe : M ☐ F ☐
N° de licence FFSA :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tel fixe :
Tel portable :
Adresse mail :

SÉJOUR(S) CHOISI(S) :

1) Du Au
2) Du Au
3) Du Au

1) Tarif séjour : Acompte : (30%)
2) Tarif séjour : Acompte : (30%)
3) Tarif séjour : Acompte : (30%)

MÉDECIN TRAITANT :

NOM :
Téléphone :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

NOM :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :
E-mail :
Réfèrent du vacancier :
Téléphone :

CONTACT PENDANT LE SÉJOUR

NOM-Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :
Adresse mail :

ADRESSE DE FACTURATION

☐ Famille ☐ Institution ☐ Autre

NOM-Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Adresse mail :

Je, soussigné(e), M/Mme agissant en qualité de
certifie avoir pris connaissance et accepte les conditions générales du séjour et autorise la
présente personne dont les informations sont données dans ce document à y participer.

Fait à Le
Signature du responsable légal (tuteur ou vacancier en personne)

AUTONOMIE – VIE QUOTIDIENNE

Communication	seul	aide ponctuelle	aide constante
Parle ?			
Comprend ?			
Sait se faire comprendre			
Sait écrire ?			
Sait lire ?			
Sait lire l'heure ?			
Sait s'orienter ?			

Toilette	seul	aide ponctuelle	aide constante
Fait sa toilette ?			
Se lave les cheveux ?			
Se lave le dos ?			
Se lave les dents ?			
Se rase ?			
S'habille ?			
Se déshabille ?			
Se chausse ?			
Va aux toilettes ?			

Alimentation	seul	aide ponctuelle	aide constante
Mange ?			
Boit ?			
Risque de fausses route ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Alimentation mixée ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Aliments coupés fin ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Aliments hachés ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire ?			
Allergie alimentaire ?			
Autres remarque ?			

Habitudes de vie	OUI	NON
SOMMEIL :		
Se lève la nuit ?		
A un réveil difficile ?		
Se lève tôt ? (heure :)		
Fait la sieste ?		

Autorisation	OUI	NON
Gère ses sorties seul ?		
Choisit ses vêtements seul ?		
Prend un traitement médical ?		
Gère ses médicaments seul ?		
Gère son argent de poche seul ?		

Capacités physique	OUI	NON
Niveau de marche ?		
Très bon		
Bon		
Moyen		
Limité		
Fauteuil		
Besoin d'un appui (tenir le bras ...)		
Monte les escaliers ?		
Couchage en lit superposé		
Sait nager ? (diplôme des 25m)		
Baignade autorisée ?		
Sait faire du vélo ?		
sur la route ?		
Pratique une activité sportive en club ? (association :)		
Difficultés motrices (Précisez :)		

Consommation	OUI	NON	Quantité par jour ?
Fume du tabac ?			
Boit de l'alcool ?			
Boit du café ?			
Autres, précisez ?			

Pathologie	OUI	NON
Diabète ? Si oui, gère seul ?		
Astme ?		
Allergies, précisez ?		
Enurésie nocturne / diurne		
Encoprésie		
Epilepsie fréquence ? signes annonciateurs ?		
Contraception : mode :		

Comportement	OUI	NON
Est plutôt timide ?		
Va facilement vers les autres ?		
Aime échanger avec les autres ?		
Est sensible aux bruits ?		
Crise d'angoisse ?		
Phobies ? précisez :		
Conscience du danger ?		
Est agressif(ve) envers lui/elle ?		
Est agressif envers les autres ?		
Autres, précisez ?		

Appareillage	OUI	NON
Porte des lunettes		
Mal voyant		
Porte un appareil auditif		
Porte un appareil dentaire		
Fauteuil de confort		
Autres appareillages (précisez :)		

ATTENTION(S) ET SOINS PARTICULIERS, REMARQUES, ...

Le participant a-t-il déjà participé à des séjours auparavant ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, avec quel(s) organisme ?

INFORMATIONS MEDICALES



Ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d'urgence !

Nom et prénom :

Date de naissance :

• **Poids** :

• **Description du handicap** :

- | | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle (QI) : | <input type="checkbox"/> <35 | <input type="checkbox"/> 35 < QI < 55 | <input type="checkbox"/> 55 < QI < 75 | <input type="checkbox"/> >75 |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétiquement ou chromosomique | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles délirant | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizotypique | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur, trouble affectif bipolaire | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement, excès d'agitation | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Autisme ou syndrome autistique | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics | type : | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre trouble mental : | type : | | | |

• **Déficit sensoriel** :

☐ Visuel :

Port de lunettes ☐ de lentilles ☐

☐ Auditif :

Appareillages OUI ☐ NON ☐

• **Antécédents médicaux**

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | type : |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires | type : |
| <input type="checkbox"/> Asthme - autres affections respiratoires | type : |
| <input type="checkbox"/> HTA variation de tension habituelle : | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation | type : |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique | type : |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale | type : |
| <input type="checkbox"/> Allergies | type : |
| <input type="checkbox"/> Affection dermatologiques, | type : |
| <input type="checkbox"/> Hernies | type : |
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire | type : |
| <input type="checkbox"/> Problème orthopédique | type : |

- **Antécédents chirurgicaux**

- **Antécédents traumatiques sportifs**



- **Médication en cours**

Nom du médicament	Matin	Midi	Goûter	Soir

- **Allergies médicamenteuses connues**

- **vaccination tétanos :**

Date du dernier rappel :



FICHE AUTORISATIONS



- **Autorisation relative à l'hospitalisation**

☐ Autorise que soient prises, en cas d'urgence, toutes décisions de soins, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, nécessaires à la santé du vacancier

- **Autorisation relative au transport**

☐ Autorise les professionnels accompagnants sur le séjour, titulaires du Permis B depuis 1 an minimum, à transporter le vacancier, dans le cadre du séjour

- **Autorisation relative aux sorties**

☐ Donne mon accord pour la participation du vacancier aux activités extérieures sous la responsabilité du comité

- **Autorisation relative aux droits à l'image photographique et vidéo**

☐ Autorise le CDSA de Vendée à utiliser l'image du vacancier (photos ou vidéos prises sur le séjour) pour sa diffusion sur les supports de communication du comité (plaquettes, brochures, journal, diaporamas, réseaux sociaux, site internet, médias...)

☐ OUI

☐ NON

☐ OUI, mais exceptions :

Date :

Signature :

PIECES A FOURNIR

- ☐ Une photo d'identité récente
- ☐ Photocopie de la carte vitale recto verso
- ☐ Photocopie de la carte d'identité recto verso
- ☐ Un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (valable 3 ans)
- ☐ Photocopie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI)
- ☐ Photocopie de la carte de mutuelle complémentaire
- ☐ Photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- ☐ Photocopie de l'ordonnance pour tout traitement (à jour, à emmener le jour du départ)
- ☐ Photocopie des vaccinations obligatoires
- ☐ Photocopie du brevet de natation ou test antipanique (si acquis)
- ☐ Chèque de participation à l'ordre du CDSA de Vendée
- ☐ (acompte = 30% du total)



00 CCM LA ROCHE MOLIERE

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ
Ce relevé est destiné à être remis sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc...)
This statement is intended to be delivered to those of your creditors or debtors who have transactions posted to your account (credit transfers, invoice payments, etc....)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB	Domiciliation
15519	39031	00021879709	16	CCM LA ROCHE MOLIERE

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account number)						
FR76	1551	9390	3100	0218	7970	916

Identifiant international de l'établissement bancaire

BIC (Bank Identification Code)
CMCIFR2A

TITULAIRE DU COMPTE
ACCOUNT OWNER

COMITE DEPARTEMENT SPORT ADAPTE DE
VENDEE
MAISON DES SPORTS
202 BOULEVARD ARISTIDE BRIAND
BP 00167
85004 LA ROCHE SUR YON CEDEX

Pour toute information complémentaire, contacter : Maurine COUTURIER

Par mail : sportadaptevendee@gmail.com

Par téléphone : Au 02 51 44 27 55

Les documents sont à retourner au :

Comité Départemental du Sport Adapté de Vendée

Par courrier postal ou en main propre :

CDSA de Vendée, Maison Départementale des Sports,
202 Boulevard Aristide Briand BP-167, 85000 la Roche sur Yon

Par mail : sportadaptevendee@gmail.com